Fecha de recepción: 14 de julio de 2025
Fecha de revisión: 28 de agosto de 2025
Fecha de aceptación: 20 de octubre de 2025
Fecha de publicación: 16 de enero de 2026

Tipo de contribución: Artículo de revisión

LA ÉTICA DEL CUIDADO COMO RESPUESTA AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN LA TUBERCULOSIS

THE ETHICS OF CARE AS A RESPONSE TO STIGMA AND DISCRIMINATION IN TUBERCULOSIS

AUTOR: Leonel Benito Carpio Guerrero[1]*
*** DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA**: lcguerreo@gmail.com

Cita sugerida (APA, séptima edición):
Carpio Guerrero, L. B., (2026). La ética del cuidado como respuesta al estigma y la discriminación en la tuberculosis. ***LATITUDE XERO. Journal of Multidisciplinary Research***. 1(1), 1-16.

RESUMEN

Introducción: la tuberculosis afecta a poblaciones en situación de pobreza y exclusión social. Más allá de las barreras económicas y geográficas, quienes padecen la enfermedad enfrentan discriminación y estigma, que constituyen barreras para el diagnóstico temprano, la adherencia al tratamiento y la recuperación integral. Objetivo: explicar desde la perspectiva de la ética del cuidado, las manifestaciones de la discriminación hacia las personas con tuberculosis. Métodos: se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO, LILACS, Web of Science y Google

[1] ORCID: https://orcid.org/0009-0003-7565-8018, Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador, E-mail: lcguerreo@gmail.com

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

Académico, entre enero de 2024 y febrero de 2025, utilizando combinaciones de descriptores en español, inglés y portugués. Desarrollo: la discriminación por tuberculosis fragmenta la experiencia humana y desatienden la dimensión relacional del cuidado. El estigma erosiona la autonomía y la agencia de los pacientes, manifestándose en los entornos familiar, laboral, comunitario e institucional. La ética del cuidado ofrece herramientas para humanizar la atención. Conclusiones: la adopción de la ética del cuidado en los programas de control de la tuberculosis implica trascender el enfoque biomédico individualista e incorporar el cuidado colectivo, la solidaridad y la participación comunitaria como ejes centrales de las políticas de salud, para desmantelar prácticas discriminatorias y construir una respuesta integral, humanizada y curativa.

Palabras clave: Bioética; discriminación social; estigma social; justicia social; personal de salud; poblaciones vulnerables; prejuicio; tuberculosis.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis affects populations living in poverty and facing social exclusion. Beyond economic and geographic barriers, those suffering from the disease face discrimination and stigma, which constitute barriers to early diagnosis, treatment adherence, and full recovery. Objective: To explain, from the perspective of the ethics of care, the manifestations of discrimination against people with tuberculosis. Methods: A narrative literature review was conducted in the PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO, LILACS, Web of Science, and Google Scholar databases between January 2024 and February 2025, using combinations of search terms in Spanish, English, and Portuguese. Discussion: Discrimination based on tuberculosis fragments the human experience and neglects the relational dimension of care. Stigma erodes patients' autonomy and agency, manifesting itself in family, work, community, and institutional settings. The ethics of care offers tools to humanize care. Conclusions: Adopting the ethics of care in tuberculosis control programs involves moving beyond the individualistic biomedical approach and incorporating collective care, solidarity, and community participation as central pillars of health policies,

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

in order to dismantle discriminatory practices and build a comprehensive, humanized, and healing response.

Keywords: Bioethics; social discrimination; social stigma; social justice; healthcare workers; vulnerable populations; prejudice; tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances alcanzados durante décadas en el tratamiento de la tuberculosis (TB) y de las estrategias globales para su control (Balcells & Peña, 2023) la TB se impone como un marcador de inequidad, concentrándose en regiones y grupos donde los determinantes sociales de la salud muestran un escenario de vulnerabilidad. Sin lugar a dudas, constituye un serio problema ético y de salud pública (Unda, 2025), donde la falta de acceso oportuno a diagnósticos y tratamientos completos, viola principios fundamentales de justicia distributiva y derechos humanos. Sin embargo, más allá de las barreras económicas y geográficas, quienes padecen TB enfrentan una forma de violencia más sutil pero devastadora: la discriminación y el estigma.

La discriminación asociada a la TB se evidencia en varias dimensiones y constituye una barrera para el diagnóstico temprano, la adherencia al tratamiento y la recuperación integral de los pacientes. Este rechazo responde a lógicas estructurales profundamente arraigadas en una sociedad dominada en su mayoría por un fuerte patriarcado, el neoliberalismo y el modelo biomédico hegemónico, que fragmentan la experiencia humana, desvalorizan los saberes situados y desatienden la dimensión relacional y afectiva del cuidado.

Para hacerle frente a este complejo panorama, la ética del cuidado, surge como una posible solución, al proponer una concepción de la moralidad centrada en la responsabilidad hacia los otros, la atención a las necesidades y el reconocimiento de la interdependencia como condición inherente a la existencia humana. Esta ética no solo reclama la democratización del cuidado, sino que también ofrece herramientas para reconstruir los vínculos rotos por el estigma (Yáñez et al, 2021).

A pesar de la importancia que nos brinda la ética del cuidado para abordar los dilemas que plantea la discriminación por tuberculosis, la literatura especializada ha prestado escasa

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

atención a esta articulación. En este contexto, el presente artículo de revisión tiene como objetivo explicar desde la perspectiva de la ética del cuidado, las manifestaciones de la discriminación hacia las personas con tuberculosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo. La recuperación de literatura se llevó a cabo entre enero de 2024 a febrero de 2025 en las bases de datos: PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO, LILACS, Web of Science y Google Académico. Se utilizaron combinaciones de descriptores en ciencias de la salud (MeSH/DeCS) y palabras libres en español, inglés y portugués: `("tuberculosis") AND ("stigma" OR "discrimination" OR "social prejudice") AND ("bioethics" OR "ethics of care" OR "structural violence" OR "healthcare workers" OR "humanized care")`, conectados mediante operadores booleanos. No se aplicaron filtros idiomáticos restrictivos más allá de los tres idiomas mencionados.

Los criterios de inclusión consideraron artículos originales, revisiones sistemáticas y narrativas, ensayos teóricos, capítulos de libro y tesis doctorales que abordaran explícitamente la relación entre tuberculosis, estigma o discriminación, y alguna dimensión de la ética del cuidado, la bioética o la humanización de la atención. Se excluyeron aquellos documentos que no estuvieran disponibles en texto completo, que se centraran exclusivamente en aspectos clínicos o farmacológicos sin abordar dimensiones éticas o sociales, o que provinieran de fuentes no sometidas a revisión por pares.

DESARROLLO

Estigmatización sociodemográfica y sus determinantes

La discriminación asociada a la tuberculosis (TB) se encuentra vinculada a características sociodemográficas específicas que intensifican el rechazo hacia los pacientes. Varias investigaciones subrayan que las variables sociodemográficas no solo determinan la vulnerabilidad a la enfermedad, sino que también modulan la intensidad del rechazo social experimentado, lo que afecta de manera desproporcionada a grupos históricamente marginados. Por ejemplo, en Perú, los estigmas sociodemográficos (edad, género, estado civil, ocupación, estrato socioeconómico, lugar de procedencia y religión) se relacionan de

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

manera notable con el diagnóstico de TB pulmonar. De manera similar, en China, los pacientes con enfermedad presentan mayores niveles de estigma relacionado con la TB. En India, se observa una disparidad de género significativa, donde las mujeres son objeto de estigma con mayor frecuencia que los hombres (Quispe Trujullo, 2024; Chen et al, 2021; Kumari & Nisha, 2022).

Manifestaciones culturales y comunitarias del estigma

Las creencias culturales y los mitos sobre la transmisión de la tuberculosis constituyen uno de los problemas fundamentales de la discriminación hacia los pacientes. Las concepciones mágico-religiosas, perpetúan el aislamiento social y dificultan la búsqueda oportuna de atención médica. En el continente africano varias investigaciones han abordado este aspecto. Ejemplo de esto lo tenemos en Nigeria, en la cual la mayoría de los testimonios atribuyen la TB a brujería o ataques espirituales, con creencias arraigadas en la transmisión por compartir utensilios, besar, mantener relaciones sexuales o incluso por el uso de baños públicos (Adeoye et al, 2024).

En Sudáfrica, los pacientes identifican de manera correcta la transmisión aérea, sin embargo, una pequeña parte relacionan la enfermedad a alimentos o agua contaminadas; y más de la mitad luego de ser diagnosticados visitan curanderos de fe (Matakanye et al, 2021). En Etiopía, encontraron que el estigma percibido alcanzó el 42,4% en pacientes con TB pulmonar. Estos hallazgos no deben interpretarse como ignorancia, sino como una respuesta racional dentro de un sistema de significados culturales que el modelo biomédico no ha logrado interpelar con suficiencia (Mohammed et al, 2020).

Por su parte, Adeoye et al. (2024) evidenciaron que las creencias míticas sobre la transmisión llevaban a los pacientes a cuestionar su propia inocencia, sumiéndolos en un estado de pasividad y resignación. Matakanye et al. (2021) encontraron que muchos pacientes no revelaban su condición ni siquiera a familiares cercanos por miedo a la discriminación, lo que los privaba de redes de apoyo esenciales para la adherencia terapéutica.

La discriminación por tuberculosis trasciende el ámbito comunitario y penetra en los espacios más íntimos del paciente, al afectar su red de apoyo y su acceso a servicios esenciales. Se ha

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

reportado estigmas en el entorno familiar con manifestaciones como el rechazo, la evasión y la sensación de ser una carga. De igual forma, en el entorno laboral se presentan dificultades para conseguir trabajo, menosprecio, indiferencia, y se evita el contacto (Jang & Lee, 2022).

La tuberculosis como problema de justicia distributiva y vulnerabilidad estructural

En América Latina y el Caribe, autores señalan que la TB afecta de manera preocupante a poblaciones en situación de pobreza, hacinamiento y exclusión social, lo que constituye una violación de los principios de justicia distributiva y equidad. Las altas tasas de incidencia en países como Bolivia y Haití reflejan inequidades estructurales que limitan el acceso a diagnósticos oportunos y tratamientos completos. Desde la bioética de la intervención y la bioética de la protección se propone un enfoque que priorice la responsabilidad social del Estado y la defensa de los derechos humanos de las personas más vulneradas (Muñoz del Carpio et al, 2018).

En este entorno, la discriminación por TB se muestra como una forma de violencia estructural que atenta contra el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966).

En Latinoamérica, la mirada va hacia los profesionales de la salud. En Cuba, el estigma poblacional y la incomprensión personal de los enfermos son reconocidos por los propios profesionales de salud como barreras para la atención humanizada (Rocha et al, 2025). Mientras que, en Colombia el estigma y la discriminación por parte de profesionales de la salud en la costa pacífica derivan de conocimientos erróneos y constituyen obstáculos significativos para el control efectivo de la TB (Carvajal et al, 2018).

En Ecuador, los profesionales de enfermería en un hospital de infectología mantienen actitudes positivas hacia el cuidado más humano, pero reconocen que la relación enfermero-paciente se ve afectada por la irritabilidad y depresión de los pacientes, lo que exige estrategias basadas en empatía y comunicación afectiva (García et al, 2022). De igual forma, Carvajal et al (2018) mostraron que el propio personal de salud, al tratar a los pacientes con TB con distancia y temor, refuerza la idea de que estos son "peligrosos" y, por tanto, incapaces de participar activamente en las decisiones sobre su salud.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

Estigma, autonomía vulnerada y consentimiento informado en poblaciones marginadas

El individuo estigmatizado, es aquel que cuenta con una identidad deteriorada y que no es aceptado socialmente; para ello utiliza el término "estigma", haciendo alusión a personas cuyos atributos son profundamente desacreditados en las interacciones sociales. Las estigmatizaciones pueden generar aislamiento social y rechazo por una parte de la sociedad o señalamientos. Este tipo de juicios sociales están influenciados en mayor medida por la cultura en la cual se desarrolle la persona, ya que, debido a dicha cultura, hábitos y hasta religión, puede generarse un sesgo a nivel social. Es crucial que los profesionales de la salud reconozcan sus propios sesgos y se esfuercen por brindar una atención equitativa a todos los pacientes (Cartaya, 2025).

El estigma asociado a esta patología no se limita a generar rechazo social o aislamiento; su efecto más profundo y éticamente preocupante es la erosión de la capacidad de agencia de los pacientes, entendida como la facultad de actuar en el mundo de acuerdo con sus propios valores, creencias y proyectos de vida. Cuando una persona con TB internaliza las etiquetas sociales negativas, como la idea de que es peligrosa, sucia, culpable o indigna de trato cercano, su autonomía práctica se ve comprometida, comienza a dudar de su propio juicio, oculta su diagnóstico por temor a represalias, evita buscar atención médica oportuna o abandona el tratamiento para no ser descubierta.

Desde una perspectiva bioética, esta erosión de la agencia constituye una violación del principio de autonomía, pero no en el sentido liberal de "no interferencia", sino en un sentido más sustantivo: la autonomía no puede ejercerse cuando las condiciones sociales, culturales e institucionales la anulan sistemáticamente. Recuperar la agencia de los pacientes con TB implica, por tanto, no solo proporcionar información y medicamentos, sino desmantelar los estigmas que los convierten en sujetos pasivos de su propia enfermedad, reconociéndolos como interlocutores válidos, capaces de decidir, de resistir y de construir su proceso de curación.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

La discriminación por tuberculosis no es exclusiva de la comunidad; también ocurre dentro de las instituciones de salud y en los propios programas de control. Esta discriminación institucional vulnera el principio de no maleficencia y contradice la ética del cuidado (Reyes et al, 2022). Frente a este panorama, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) establece que los Estados deben fomentar el acceso equitativo a los adelantos médicos y la no discriminación por motivos de salud.

De manera consecuente se necesitan estrategias que incluyan:

a) Educación intercultural para el personal de salud, donde coexistan tanto los conocimientos científicos como las practicas antiguas.

b) Participación comunitaria en el diseño de programas más integrales de TB.

c) Formación en competencia cultural y ética del cuidado.

d) Políticas públicas que sancionen la discriminación en servicios de salud y entornos laborales, garantizando así el derecho a la salud con dignidad y justicia.

La discriminación por tuberculosis como expresión de injusticia estructural y vulneración de la dignidad humana

La discriminación que enfrentan las personas con tuberculosis (TB) no puede reducirse a un fenómeno individual de prejuicio, sino que debe comprenderse como una manifestación de injusticias estructurales arraigadas. Tal como señalan Muñoz del Carpio Toia et al., (2018) en América Latina y el Caribe la TB constituye una violación del principio de justicia distributiva y del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.

Desde el humanismo, entendido como la capacidad de reconocer al otro como un ser digno, vulnerable y merecedor de cuidado, la discriminación por TB niega al paciente su condición de persona para reducirlo a un “cuerpo contagioso”, despojándolo de su historia, sus emociones y su derecho a ser tratado con respeto.

La deshumanización de la atención médica en pacientes con tuberculosis constituye una de las manifestaciones más sutiles pero devastadoras de la discriminación institucional, en la que el enfermo deja de ser percibido como una persona, para ser reducido a un “caso clínico”, o, peor aún, un “riesgo biológico” que debe ser gestionado más que cuidado. Este fenómeno

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

se expresa en prácticas cotidianas que, aunque técnicamente correctas, vacían el acto médico de su dimensión relacional y afectiva: el personal de salud que evita el contacto visual, se posiciona a distancia temerosa, utiliza un lenguaje críptico, no verifica la comprensión del paciente, o responde con indiferencia a sus dudas y miedos.

Rocha et al. (2025) documentaron que, si bien los profesionales de atención primaria se percibían a sí mismos como humanizados, reconocían que el estigma poblacional y la incomprensión personal de los enfermos afectaban la calidad del vínculo terapéutico. Esta deshumanización constituye una violación del principio de no maleficencia porque el trato indiferente o distante causa sufrimiento psicológico evitable y del principio de beneficencia porque una atención deshumanizada tiene menor probabilidad de lograr la adherencia terapéutica y, por tanto, de curar.

La ética del cuidado, explica que el cuidado no es un acto mecánico sino una relación intersubjetiva en la que el profesional de salud está llamado a reconocer al otro como un ser humano completo, no como una enfermedad que hay que erradicar (Beltramo, 2022; Arraigada, 2023). Humanizar la atención a pacientes con TB significa, entonces, nombrarlos, escucharlos, explicarles con palabras comprensibles, permitirles hacer preguntas, respetar sus tiempos y sus silencios, y, sobre todo, recordar que la curación biológica es inseparable del reconocimiento de la dignidad. Sin esta dimensión humana, los programas de control de la tuberculosis, por más eficaces que sean en términos farmacológicos, seguirán reproduciendo las mismas lógicas de exclusión que históricamente han afectado a los más pobres y vulnerables.

La necesidad de una ética del cuidado, bioética de protección y políticas públicas

El estigma asociado a la tuberculosis penetra en los espacios más íntimos del paciente, afectando su autonomía y su capacidad para adherirse al tratamiento. Desde la bioética latinoamericana, autores como Schramm y Kottow (2001) han propuesto el principio de protección como una herramienta teórica para resguardar a seres humanos que no están en condiciones de desarrollar su autonomía por vulneración social, económica o biológica, pero que potencialmente podrían ser protegidos mediante acciones apropiadas.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

Frente al panorama de discriminación estructural que enfrentan las personas con TB, resulta necesario transitar de una bioética centrada en dilemas clínicos individuales hacia una bioética global, social y comprometida con las poblaciones desatendidas. González Cortés (2022) ha señalado, que la bioética global aún se encuentra en proceso de consolidación y que sus principales perspectivas de investigación incluyen la urgencia de una ética de salud pública que supere las nociones de injusticia, así como el intento de superar la bioética médica hacia lecturas interdisciplinarias que integren las ciencias sociales, la economía y la filosofía.

En esta línea, el humanismo como la convicción de que cada persona posee una dignidad inalienable que trasciende su condición de salud debe convertirse en el eje articulador de las políticas de control de la TB. Esto implica, como lo proponen Álvarez Gordillo et al. (2001) en Chiapas, la participación de la comunidad, la capacitación permanente del personal de salud, la mejora de la relación médico-paciente y la difusión amplia del conocimiento sobre la enfermedad en los medios de comunicación.

La ética del cuidado ofrece un marco conceptual y práctico fundamental para reorientar la relación clínica y las políticas de salud, propone adoptar una mirada desde la persona y hacia las personas, entendiendo a los seres humanos como interrelacionados, dependientes unos de otros y situados en contextos específicos, en contraposición a la ética de la justicia tradicional, que se centra en individuos autónomos y abstractos. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para la tuberculosis, una enfermedad que afecta a poblaciones en situación de vulnerabilidad (UNESCO, 2005).

Al valorar el potencial epistémico de las emociones y la reconstrucción empática de la perspectiva del otro concreto, permite que los profesionales de la salud superen la mirada paternalista o deshumanizada, y se reconozcan a sí mismos como corresponsables de un proceso de cuidado que es, ante todo, relacional y situado. En este sentido, Vázquez-Verdera y Escámez-Sánchez (2022) afirman que la ética del cuidado obliga a un tipo de relaciones basadas en el reconocimiento recíproco, construyendo un vínculo que hace imposible la invisibilidad, el menosprecio y la indiferencia.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

Aplicar esta ética a la atención de la tuberculosis significa, entonces, no solo proporcionar el tratamiento farmacológico adecuado, sino también escuchar con atención al paciente, respetar sus tiempos y silencios, explicarle con palabras claras y, sobre todo, recordar que la curación biológica es inseparable del reconocimiento de su dignidad como persona.

Más allá de la relación clínica individual, la ética del cuidado puede orientar las prácticas de acompañamiento comunitario y las estrategias de resistencia frente a la discriminación estructural que enfrentan las personas con tuberculosis. En contextos de alta precariedad, donde los sistemas de salud son frágiles y las redes de apoyo comunitario resultan esenciales para la adherencia al tratamiento, el cuidado colectivo y la organización se convierten en herramientas políticas fundamentales. Guzmán Sierra y López Céspedes (2022), a partir de la sistematización de experiencias de colectivas en Costa Rica, identificaron que el cuidado colectivo como estrategia de lucha y el amor, la fraternidad, y la solidaridad como apuesta política común, constituyen ejes centrales de una ética del cuidado que trasciende el ámbito doméstico para convertirse en una forma de organización política transformadora.

Estas mismas lógicas pueden ser aplicadas a las comunidades afectadas por la tuberculosis, donde el estigma y el aislamiento social son barreras significativas para el éxito terapéutico. El autocuidado y la capacidad de compromiso con uno mismo son el punto de partida para poder cuidar de los demás. En el caso de los pacientes con tuberculosis, así como de los profesionales de salud y los cuidadores comunitarios, esta noción implica que el cuidado no puede ser un acto sacrificial que lleve al agotamiento, sino una práctica sostenible que requiere de condiciones institucionales y comunitarias adecuadas. Desde esta perspectiva, Duboy-Luengo y Muñoz-Arce (2022) proponen organizar la intervención social en clave de cuidados, lo que implica dejar de omitir el cuidado como base fundamental de la reproducción de la vida y asumir que sin cuidados no podríamos existir.

Para las personas con tuberculosis, esto significa que las políticas de salud deben incorporar no solo la gestión de medicamentos, sino también el fortalecimiento de redes de apoyo, la creación de espacios de escucha y contención emocional, y la garantía de condiciones materiales que hagan posible el cuidado, como el acceso a alimentación adecuada, vivienda

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

digna y transporte para acudir a los centros de salud. Solo desde esta ética del cuidado, que reconoce la vulnerabilidad compartida, será posible desmantelar las prácticas discriminatorias y construir una respuesta integral, humanizada y efectiva para la tuberculosis.

CONCLUSIONES

La discriminación hacia las personas con tuberculosis constituye una manifestación de injusticia estructural que vulnera principios bioéticos fundamentales y erosiona la autonomía, la agencia y la dignidad de los pacientes, particularmente en contextos de pobreza, exclusión social y sistemas de salud frágiles. El estigma convierte al paciente en un sujeto pasivo, despojado de su historia y reducido a un cuerpo contagioso. Frente a este panorama, la ética del cuidado emerge como un marco para reorientar las prácticas clínicas y las estrategias de control de la tuberculosis. Al poner en el centro la interdependencia, la responsabilidad hacia el otro, la escucha activa y el reconocimiento de la vulnerabilidad compartida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adeoye, B.D., Michael, T.O., Agbana, R.D. (2024). Insights, beliefs, and myths surrounding tuberculosis among pulmonary patients with delayed healthcare access in a high-burden TB state in Nigeria - a qualitative inquiry. Front Sociol, 9, 1378586.

Álvarez Gordillo, G.C., Dorantes Jiménez, J.E., Molina Rosales, D. (2001). La búsqueda de atención para la tuberculosis en Chiapas, México. Rev Panam Salud Pública, 9(5), 285-293. https://iris.paho.org/bitstreams/7c123bea-3fbe-456f-973f-7ffc3b88d7a9/download

Arriagada Ramírez, A. (2023). Ética del cuidado en Bioética. Rev. ethika+, (7), 39-56. https://revistaethika.uchile.cl/index.php/ETK/article/view/69769

Balcells, M.E., Peña, C. (2023). Avances en tuberculosis en el 54° Congreso Chileno de enfermedades respiratorias. 3a parte: Prevención de la tuberculosis activa mediante el tratamiento de la tuberculosis latente. Rev. chil. enferm. Respir, 39(3), 254-259. http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482023000300254.m

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

Beltramo, C. (2022). Ética del cuidado y educación del carácter: una mirada desde la mujer. RPP, (35), 45-61. https://revistas.up.edu.mx/RPP/article/view/2722

Cartaya Benítez, L.C. (2025). Folleto sobre Consentimiento Informado, conflictos y dilemas éticos en la atención a pacientes con piercing orofacial. Tesis, Universidad de La Habana. https://accesoabierto.uh.cu/s/scriptorium/item/2208924

Carvajal, R., Varela, M.T., Angulo, E.S., Duarte, C. (2018). Estigma y discriminación ante la tuberculosis por profesionales de la salud de la costa pacífica colombiana. Hacia Promoc Salud, 23(1), 13-26. http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v23n1/0121-7577-hpsal-23-01-00013.pdf

Chen, X., Du, L., Wu, R., Xu, J. (2021). Tuberculosis-related stigma and its determinants in Dalian, Northeast China: a cross-sectional study. BMC Public Health, 21(1), 1-10. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33397334/

Duboy-Luengo, M., Muñoz-Arce, G. (2022). La sostenibilidad de la vida y la ética del cuidado: análisis y propuestas para imaginar la intervención de los programas sociales en Chile. Cuad Trab Soc, 35(1), 151-168. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8480797.pdf

García Palomino, K.J., Cedeño Tapia, S.C., Moreira Cedeño, A.L., Avila Plúa, S.M. (2022). Percepción de enfermería sobre los cuidados humanizados en pacientes portadores de enfermedades infecto contagiosas. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip, 6(4), 2574-600. https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2782

González Cortés, J.H. (2022). Bioética en la sociedad del riesgo. Tránsito de la bioética médica a una bioética global. En: Andrade Rubio, K.L, Izcara Palacios, S.P, Flores Miller, G., coordinadores. Ciencias sociales y humanidades en diálogos abiertos. Ciudad Victoria: Universidad Autónoma de Tamaulipas, p. 41-54.

Guzmán Sierra, S.E., López Céspedes, S. (2022). La ética del cuidado como forma de organización política feminista en Costa Rica. Rev Latinoam Derechos Humanos, 33(2), 165-182. https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/17139

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38765220/

Jang, Y.R., Lee, M.A. (2022). A study of relationships among tuberculosis knowledge, family support, and medication adherence in tuberculosis patients. J Korean Acad Soc Nurs Educ, 28(1):80-90. https://www.jkasne.org/journal/view.php?number=940

Kumari, I., Nisha, M. (2022). Tuberculosis related stigma and gender disparity among non-affected population in central Kerala: a survey. Indian J Tuberc, 69(4), 0019-5707. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37100573/

Matakanye, H., Tshitangano, T.G., Mabunda, J.T., Maluleke, T.X. (2021). Knowledge, beliefs, and perceptions of TB and its treatment amongst TB patients in the Limpopo Province, South Africa. Int J Environ Res Public Health, 18(19), 10404. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34639702/

Mohammed Hussein, M., Hajure, M., Shifa, J.E. (2020). Perceived stigma among pulmonary tuberculosis patients in public health facilities in Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. PLoS One, 15(12), e0243433. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33290413/

Muñoz del Carpio Toia, A., Sánchez-Pérez, H.J., Vergès de López, C., López-Dávila, L.M., Sotomayor-Saavedra, M.A., Sorokin, P. (2018). Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. pers. Bioét, 22(2), 331-357. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222018000200331

ONU. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: Naciones Unidas; 1966.

Quispe Trujillo, S.M. (2024). Estigmas sociodemográficos y culturales relacionados a pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de atención en salud Brisas del Huallaga Tingo María. Tesis, Universidad de Huánuco. https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/5113/Quispe%20Trujillo%2c%20Sheyla%20Maxima.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

Reyes Díaz, A.G., Keck, Ch.S., Gracia, M.A., Saldivar Moreno, A. (2022). Habilidades socioemocionales en los docentes: educación desde la ética del cuidado de sí. Praxis & Saber, 13 (34), 193-209. https://doi.org/10.19053/22160159.v13.n34.2022.13667

Rocha, E.F.J., Ferrán Torres, R.M., Rodríguez Vargas, L.E., González Ochoa, E.R. (2025). La humanización en la atención primaria a pacientes con tuberculosis. Respirar, 17(3), 265-72. https://respirar.alatorax.org/index.php/respirar/article/view/283

Schramm, F.R., Kottow, M. (2001). Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saúde Pública, 17(4), 949-956. https://www.scielosp.org/article/csp/2001.v17n4/949-956/

Unda Costa, L.M. (2025). Métodos diagnósticos convencionales y avances tecnológicos en tuberculosis en el siglo XXI. Conectividad, 6 (1), 56-67. https://doi.org/10.37431/conectividad.v6i1.228

UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París: UNESCO; 2005.

Vázquez-Verdera, V., Escámez-Sánchez, J. (2022). Universidad y sostenibilidad social desde la ética del cuidado. Teor Educ Rev Interuniv, 34(2), 141-158. https://revistas.usal.es/tres/index.php/1130-3743/article/view/27817

Yáñez Flores, K., Rivas Riveros, E., Campillay Campillay, M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. Enfermería (Montevideo), 10(1), 3-17. https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124

FINANCIACIÓN

El autor no recibió financiación para el desarrollo de la presente investigación

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no existe conflicto de intereses

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Leonel Benito Carpio Guerrero.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.

Curación de datos: Leonel Benito Carpio Guerrero.

Análisis formal: Leonel Benito Carpio Guerrero.

Investigación: Leonel Benito Carpio Guerrero.

Metodología: Leonel Benito Carpio Guerrero.

Software: Leonel Benito Carpio Guerrero.

Supervisión: Leonel Benito Carpio Guerrero.

Visualización: Leonel Benito Carpio Guerrero.

Redacción – borrador original: Leonel Benito Carpio Guerrero.

Redacción – revisión y edición: Leonel Benito Carpio Guerrero.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0.